

Demande d'appui – Situation Complexe

Date de la demande :

Document à adresser par messagerie sécurisée* : contact@eascb.mssante.fr

Par messagerie classique (document anonymisé) : contact@eascb.fr

* uniquement si vous disposez d'une adresse mail sécurisée

IDENTITE DE LA PERSONNE CONCERNEE

Nom :

Nom de JF :

Prénom :

Date de naissance :

Age :

Si mineur(e), autorité parentale :

Situation familiale :

Adresse :

Tél :

Port :

Mail :

Lieu actuel de PEC :

Mesure de protection juridique (si oui, précisez les coordonnées :

La personne est informée de la demande :

☐ Oui ☐ Non

La personne accepte notre intervention :

☐ Oui ☐ Non

IDENTITE DU DEMANDEUR / PROFESSIONNEL

Nom :

Prénom :

Lien / Fonction :

Commune/ Structure/Service :

Tél :

Port :

Mail :

Mail sécurisé :

PERSONNE REFERENTE A CONTACTER

Nom :

Prénom :

Lien :

Adresse :

Tél :

Port :

Mail :

Identité du médecin traitant :

Coordonnées :

Numéro de sécurité sociale :

DROITS OUVERTS

☐ APA

☐ Aide Sociale

☐ Caisse de retraite

☐ MDA/MDPH

REFERENTS PROFESSIONNELS

Professionnels	Coordonnées	Fréquences

DESCRIPTION DE LA DEMANDE

Objet de la demande :

Point(s) de vigilance pour garantir la sécurité des professionnels : oui non

Si oui, précisez ci dessous :

Risque sanitaire/incurie :

Contexte violence (physique/verbale) :

Animaux/Nuisibles :

Autre :

Cadre réservé au Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC)

Fiche réceptionnée le :

Mode de réception :

Par ☐ Secteur Nord ☐ Secteur Sud ☐ Secteur Ouest

Personne connue dans Gwalenn : oui ☐ non ☐ suivi par :

Période du dernier accompagnement :

Pré-évaluation :

Date de la régulation :

Décisions prises :